

# 全身麻酔中にアナフィラキシー様反応を引き起こした1例

著者名	長田 宜子, 市川 順子, 丸渕 貴仁, 貞安 令, 西山 圭子, 小森 万希子
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	87
号	1-2
ページ	38-39
発行年	2017-04-25
URL	http://hdl.handle.net/10470/00031671

doi: [http://doi.org/10.24488/jtwmu.87.1-2\\_33](http://doi.org/10.24488/jtwmu.87.1-2_33)

施行し、肺腺癌 cT3N2M1a stageIV (EGFR 遺伝子変異陰性, ALK 転座陰性) と診断した。同年 11 月より CDDP + PEM + BEV2 コース施行し、2016 年 1 月、同化学療法 3 コース目施行目的に当科入院した。入院時施行した胸部単純 CT で左肺上葉のすりガラス影の増悪を認め、血液検査で KL-6 548 U/ml, SP-D 130 ng/ml と上昇していたため、間質性肺炎の増悪を疑い気管支鏡検査施行した。気管支肺泡洗浄と組織学的評価より関節リウマチの増悪や薬剤性肺障害の可能性が示唆されたため、プレドニゾン投与と化学療法を CBDCA + nab-PTX に変更した。2 日後には頭部皮下結節の皮膚生検を施行した。5 日後に腹膜刺激症状である板状硬、反跳痛が出現したため腹部 CT を施行したところ、消化管穿孔が疑われたため当院外科で緊急手術を施行した。頭皮、小腸それぞれの採取組織から腺癌を検出し、免疫組織化学評価により肺由来と判明した。肺癌の皮膚転移は 2.8%、小腸転移は 1.7% とされる。さらに転移後の小腸穿孔は 0.1% 程度とされ、1 年生存率は 2~9% と予後不良である。本症例は稀な 2 つの転移を組織学的に証明でき、小腸穿孔後も救命できた点で貴重な症例と考えられた。

#### 4. 上行結腸 angioectasia からの出血を同定し得た慢性腎不全合併 2 型糖尿病の 1 例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>糖尿病センター内科)

○清水美佳<sup>1</sup>・◎吉田宣子<sup>2</sup>・  
花井 豪<sup>2</sup>・内湯安子<sup>2</sup>

大腸 angioectasia は易出血性であり、慢性腎不全など全身性疾患に合併することが多いとされている。しかし、出血は間欠的かつ小病変であることから内視鏡検査施行時には止血していることが多く、出血源の特定に至ることは少ない。今回、慢性腎不全を有する 2 型糖尿病患者において活動性出血を伴う大腸 angioectasia を下部消化管内視鏡検査で同定し得た 1 例を経験したため報告する。〔症例〕80 歳男性。〔主訴〕ふらつき。〔既往歴〕陳旧性心筋梗塞、冠動脈バイパス術後（アスピリン、ワルファリン内服）。〔現病歴〕63 歳時に 2 型糖尿病と診断され、78 歳頃より eGFR 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 未満の慢性腎不全となった。2016 年 5 月より便中ヘモグロビン陽性となり、同年 7 月 27 日には Hb 6.4 g/dl と著明な貧血を認めたため、精査目的に当科入院となった。〔現症〕意識清明、血圧 115/52 mmHg、脈拍 69 回/分、眼瞼結膜蒼白。〔入院後経過〕入院後、鮮血便が持続し、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に angioectasia と同部位からの活動性出血を認めた。アルゴンプラズマ凝固法とクリッピングによる止血を行い、その後、鮮血便は消失した。鉄剤の内服を継続し、Hb 9.3 g/dl まで貧血の改善を認め、それに伴い自覚症状も消失した。

#### 5. 脳幹型 PRES、血栓性微小血管障害症を呈した悪性高血圧の 1 例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>内科)

○板倉卓司<sup>1</sup>・小川哲也<sup>2</sup>・  
樋口千恵子<sup>2</sup>・◎興野 藍<sup>2</sup>・佐倉 宏<sup>2</sup>

症例は 44 歳男性。43 歳時の健康診断で初めて高血圧のみ指摘されたが無治療であった。44 歳時に頭痛、夜間呼吸困難、起座呼吸を認め近医に救急搬送された。血圧 205/130 mmHg、肺水腫、胸水貯留、Cr 9.0 mg/dl の腎障害を認め当院に初診転院となった。入院時、尿潜血 3+、尿蛋白 7.0 g/g・Cr、顆粒円柱 (5+) BUN 74.8 mg/dl、Cr 9.4 mg/dl および腎臓エコーで腎臓萎縮なく急性腎不全を呈していた。溶血性貧血 (Hb 6.7 g/dl, LDH 881 U/L, ハプトグロビン ≤10 mg/dL, 破碎赤血球+)、血小板減少 (Plt 5.5 万/μL) および急性腎不全より血栓性微小血管障害症 (TMA) と診断した。頭部 MRI にて左右対称性に橋の腫大、T2WI, FLAIR, ADC map でのびまん性の信号上昇により脳幹型 PRES を呈していた。さらに前医搬送時の拡張期血圧 130 mmHg、急性腎不全、高血圧脳症、眼底所見での軟性白斑、出血を認め悪性高血圧と診断した。TMA に対して第 2 病日から 3 回の血漿交換、降圧療法、輸血および透析療法を施行したところ第 6 病日には破碎赤血球の消失、血小板の上昇を認め血漿交換を中止とした。腎生検では、Onion skin lesion や血管壁のフィブリン析出、破碎赤血球など悪性高血圧による高度内皮細胞障害を呈しており TMA の部分像と考えられた。下痢を認めず便培養陰性、ADAMTS 13 活性 (57%) 著減なく、130 mmHg への降圧により速やかに溶血性貧血、血小板数の改善を認めたため悪性高血圧が TMA の原因と考えられた。脳幹型 PRES、TMA を呈した悪性高血圧の 1 例を経験したので報告する。

#### 6. 全身麻酔中にアナフィラキシー様反応を引き起こした 1 例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>麻酔科、<sup>3</sup>耳鼻咽喉科)

○長田宣子<sup>1</sup>・  
◎市川順子<sup>2</sup>・丸渕貴仁<sup>2</sup>・  
貞安 令<sup>3</sup>・西山圭子<sup>2</sup>・◎小森万希子<sup>2</sup>

〔症例〕34 歳男性、身長 163 cm、体重 55 kg。鼻中隔彎曲症に対し、鼻中隔矯正術、粘膜下鼻甲介骨切除術が予定された。プロポフォール 130 mg、セボフルラン 2.0%、フェンタニル 100 μg、レミフェンタニル 0.3 μg/kg/分で麻酔導入後、ロクロニウム 50 mg で筋弛緩を得て気管挿管を行った。術後感染予防目的のピペラシリン投与終了直後から急激な血圧低下および全身の皮膚発赤を認め、血圧低下に対しフェニレフリンの静脈内投与、晶質液の急速輸液、下肢挙上を行った。ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム 500 mg の静脈内投与後、徐々に血圧は改善し、皮膚発赤も消退した。ショック初

期の血漿ヒスタミン濃度は5.11 ng/ml, 血漿トリプターゼ濃度は8.0 ng/mlと上昇を認めた一方, 非特異的IgE抗体価は68 U/lと正常範囲内, 血清補体価は15.2 U/lと低値を示した。後日施行した精査によりピペラシリンアレルギーが判明し, 本症例の原因と考えた。〔考察〕本症例は血液検査上, 非特異的IgE抗体価正常, 血清補体価低値, ヒスタミンおよびトリプターゼ高値を認めたことから, IgEを介さず補体活性化により脱顆粒が引き起こされるアナフィラキシー様反応と考えた。〔結語〕麻酔導入後に急激な血圧低下と皮膚発赤を生じた症例を経験し, 血液検査からアナフィラキシー様反応と診断した。

#### 7. 劇症型心筋炎を2度発症し救命し得た1例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター,<sup>2</sup>内科,  
<sup>3</sup>心臓血管診療部, <sup>4</sup>病理診断科) ○小泉元彦<sup>1</sup>・  
松居一悠<sup>2</sup>・◎中嶋 俊<sup>2</sup>・中岡隆志<sup>2</sup>・  
河村俊治<sup>4</sup>・佐倉 宏<sup>2</sup>・布田伸一<sup>3</sup>

症例は45歳男性。36歳時に劇症型心筋炎を発症し他院で加療を受けた既往がある。当院入院の4日前から感冒様症状が出現していた。近医受診し, 心電図で完全房室ブロック, ショック状態のため当院救命救急センターへ搬送された。搬送後より急性心筋炎の可能性を考えて大量ガンマグロブリン投与, IABP, PCPSを導入した。入院2日目に施行した心筋生検結果および臨床症状から劇症型心筋炎の再発と考えられた。循環動態は緩徐に改善し, 第8病日にPCPS離脱し, 第12病日にIABPから離脱した。第40病日に再施行した心筋生検では一部に線維化や慢性炎症細胞浸潤を認めたが, 急性期の所見は改善していた。その後全身の状態安定を認めたため心臓リハビリテーション施行目的に第57病日に転院した。劇症型心筋炎は稀な疾患であり, かつ再発例で救命に成功した例は非常に稀である。本症例に対し臨床所見や病理所見を踏まえ, 文献の考察を含め報告する。

#### 8. 経皮的卵円孔閉鎖術により著明な改善が得られた platypnea-orthodeoxia 症候群の1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>循環器内科, <sup>3</sup>循環器小児科) ○生形 盟<sup>1</sup>・◎小暮智仁<sup>2</sup>・  
杉山 央<sup>3</sup>・関口治樹<sup>2</sup>・鈴木 敦<sup>2</sup>・芹澤直紀<sup>2</sup>・  
鈴木 豪<sup>2</sup>・志賀 剛<sup>2</sup>・朴 仁三<sup>3</sup>・萩原誠久<sup>2</sup>

症例は86歳女性。2005年(75歳時)に大動脈弁閉鎖不全症, 胸部大動脈瘤に対して大動脈弁置換術, 上行大動脈置換術を施行された。術後経過は良好であったが2010年頃から労作時呼吸困難感が出現し, SpO<sub>2</sub> 90%と低酸素血症を認めた。精査を施行したが, 原因不明であり在宅酸素療法導入で外来経過観察となった。2016年5月頃から症状増悪し体動困難となったため精査加療目的に再入院となった。臥位と比較して座位でSpO<sub>2</sub> 80%と低酸素血症増悪し, 経食道心臓超音波検査で卵円孔開存が確認され, マイクロバブルテストでは座位で増悪する

右左短絡を確認し, platypnea-orthodeoxia 症候群と診断した。低酸素血症を有する卵円孔開存例であり, 閉鎖適応と考え経皮的卵円孔閉鎖術を施行した。術直後から酸素化の改善を認め, 酸素投与中止となり, 杖歩行も可能な状態まで改善した。platypnea-orthodeoxia 症候群は卵円孔開存を有する症例が加齢等による胸郭内構造の変化から座位, 立位により右左短絡を生じ, 著明な低酸素血症を生じる比較的稀な疾患である。卵円孔開存は約20%と頻度の高い心疾患であり, 近年高齢者の低酸素血症, 呼吸困難感の原因として注目されているが, これまで症例報告はわずかである。今回, 経皮的卵円孔閉鎖術により著明な低酸素血症と自覚症状の改善が得られた1例を経験したため文献の考察を加え報告する。

#### 9. 抗酸菌による繰り返すペースメーカー感染の加療中に血小板減少症を併発した1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>循環器内科, <sup>3</sup>心臓血管外科, <sup>4</sup>感染症科, <sup>5</sup>血液内科) ○大川拓也<sup>1</sup>・  
◎菊池規子<sup>2</sup>・庄田守男<sup>2</sup>・谷野紗恵<sup>2</sup>・  
鈴木 敦<sup>2</sup>・芹澤直紀<sup>2</sup>・志賀 剛<sup>2</sup>・  
萩原誠久<sup>2</sup>・斎藤 聡<sup>3</sup>・山崎健二<sup>3</sup>・  
菊池 賢<sup>4</sup>・篠原明仁<sup>5</sup>・田中淳司<sup>5</sup>

症例は78歳男性。2003年10月(65歳), 完全房室ブロックに対して恒久的ペースメーカー植え込み術を施行した。これまで2004年7月, 9月, 2007年1月, 6月にペースメーカーポケット感染を併発し, 姑息的手術を施行した。2007年の術中抗酸菌培養より *Mycobacterium chelonae* が検出され, クラリスロマイシンの長期内服を行った。しかし, 2016年7月にポケット感染が再燃した。血液培養は陰性だった。とくに症状はなかったが, 術前精査中に突然血小板数が2.3万/μlまで低下し, その後4千/μlまで低下し, 特発性血小板減少症(ITP)の診断に至った。約1ヵ月のステロイド治療を行い, 血小板数が10万/μl以上になった時点で, 開胸・開心下ペースメーカー全抜去術を行った。術中の創部培養, ペースメーカーリードから多剤耐性の *Mycobacterium chelonae* が検出された。術後はステロイドを中止したが, 血小板数は10万/μl以上で経過した。現在, デバイス関連感染症においてはシステム全抜去が推奨されており, 姑息的手術では炎症源を残すため, 本症例のようにITPなどの全身炎症性疾患の原因となる可能性があると考えられる。ペースメーカー感染の起炎菌として抗酸菌は珍しく, ITPを併発した報告はこれまでないため, 今回症例を提示する。

#### 10. Thyroid-like follicular renal cell carcinoma (TLF-RCC) の1例

(<sup>1</sup>卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>病理診断科, <sup>3</sup>泌尿器科) ○木村美和<sup>1</sup>・山本智子<sup>2</sup>・  
高木敏男<sup>3</sup>・近藤恒徳<sup>3</sup>・◎長嶋洋治<sup>2</sup>

〔はじめに〕TLF-RCCは腎細胞癌新規組織型で, コロ